1897
Lane Medical Library

Über Puerperalpsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medicin und Chirurgie

von

Georg Peikert.

Von der hohen medicinischen Fakultät zu Leipzig zum Druck genehmigt am 26. Dezember 1896.

Görlitz
Druck von Hoffmann & Reiber
1897.

Über Puerperalpsychosen.

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin und Chirurgie

vorgelegt der

Hohen Medizinischen Fakultät zu Leipzig

von

Georg Pelkert

aus Dresden

Leipzig

Buchdruckerei von Max Hoffmann

1901

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Zu den häufigeren psychischen Erkrankungen der Frauen gehören jene Geistesstörungen, wie sie zu den verschiedenen Phasen des Fortpflanzungsgeschäftes, in der Schwangerschaft, im Wochenbett und während der Laktationsperiode eintreten und im allgemeinen unter den Namen Puerperalpsychosen zusammengefasst werden. Ueber die relative Frequenz derselben zu den übrigen Psychosen finden sich die verschiedensten Ansichten, nach neueren Statistiken sind etwa 14% aller in Irrenanstalten aufgenommenen weiblichen Geistesgestörten in den genannten Perioden erkrankt und zwar liefert das Wochenbett den grössten Prozentsatz 6,8%, den nächstgrössten die Laktation 4,9% und den geringsten die Schwangerschaft 3%. Ueber die absolute Frequenz der Puerperalpsychosen lässt sich keine genaue Statistik gewinnen, da viele Fälle — die schnell in Genesung übergehenden und die ruhigeren Kranken nicht in Anstalten kommen und die Statistiken der Entbindungshäuser, weil sie nur die Psychosen der Neuentbundenen betreffen, nicht zu verwerten sind. Marcé nimmt an, dass die absolute Frequenz nicht gross sei, dass auf 10000 Entbindungen kaum 22 Fälle kommen.

I. Formen und Verlauf.

Die Puerperalpsychosen zeigen alle Formen der Seelenstörungen, ohne dass denselben etwas Besonderes zukäme, was sie von den aus anderen Ursachen entstandenen Psychosen wesentlich unterscheiden könnte. Während frühere Beobachter als die weitaus am häufigsten auftretende Form die Manie angeben, sodass man geradezu von einer Puerperalmanie als Bezeichnung für die ganze Gruppe gesprochen hat, haben neuere Autoren, Holm, Leidesdorf und Ripping auf Grund

eines reichen statistischen Materials nachgewiesen, dass die Melancholie überwiegend ist.

Das Schwangerschaftsirresein tritt in den meisten Fällen in Form der Melancholie auf, Ripping fand dieselbe in 84,4%, Manie in 15,6%, Schmidt fand Melancholie in 52,9%, Manie in 31,3%, Verrücktheit in 10%, Dementia paralytica in 5,8%. Die Melancholie tritt meist in den späteren Monaten der Schwangerschaft auf, ist häufig sehr schwerer Art und mit Halluzinationen komplicirt; für die tiefere Störung des Hirnlebens spricht eine eigentümliche Unbesinnlichkeit der Kranken, die wie Ripping beobachtet hat, es ihnen unmöglich macht, selbst von einfachen Thatsachen und Verhältnissen eine Auskunft zu geben. Von grosser praktischer Wichtigkeit ist die starke Selbstmordneigung der Erkrankten ebenso wie die Abneigung gegen das zu erwartende Kind, die bis zur Tötung des Neugeborenen führen kann. Auch die Manieen beginnen mehr oder weniger mit einem melancholischen Vorstadium, welches einen oder mehrere Tage andauert. Die Geburt selbst übt erfahrungsgemäss auf die Erkrankung keinen bemerkbaren Einfluss aus, infolgedessen ist die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt als ganz aussichtslos zu verwerfen.

Die im Wochenbett zur Beobachtung kommenden Psychosen, unter denen Manie und Melancholie bei weitem überwiegen, treten ihrer Zahl nach am häufigsten in den beiden ersten Wochen nach der Entbindung ein und zeigen die gewöhnlichen Formen der Geisteskrankheiten. Eigentümlich sind ihnen als dominirende Symptome Halluzinationen und Stupidität und der Umstand, dass eine Zuztandsform häufig in eine andere übergeht. (Ripping unterscheidet: Manie-Melancholie, Melancholie-Manie, Manie-Wahnsinn, Melancholie-Wahnsinn). Krafft-Ebing fand unter 38 Fällen 17 Manieen, 4 Melancholieen, 10 halluzinatorischen Wahnsinn, 1 primäre Verrücktheit, 6 Dementia acuta; Ripping von 82 Fällen 44 Melancholieen, 36 Manieen, 1 Delirium acutum und 1 primären Wahnsinn. Schmidt fand Manie 48,7%, Melancholie 38,9%, Verrücktheit 5,5%, acute Demenz 5,5%, cirkuläres Irresein 1,4%.

Die Manie beginnt gewöhnlich mit einem kurz dauernden depressiven Vorstadium, auf das in rascher Folge sich die Manie

bis zur Tobsucht entwickelt, Sinnestäuschungen sind dabei vorwiegend. Die Wöchnerin wird gereizt, empfindlich, unruhig und zeigt vielfach eine Abneigung gegen Mann und Kind. Unter Verschlechterung der Nahrungsaufnahme und des Schlafes steigert sich die Erregung bis zur vollständigen Tobsucht mit Ideenflucht und hochgradiger motorischer Erregung. Die Stimmung wechselt häufig und rasch, ist bald gehoben, bald gereizt, zeitweise auch deprimirt. Die Tobsucht kann eine solche Höhe erreichen, dass unter plötzlichem Collaps das letale Ende eintritt.

Die Wochenbettsmelancholieen verlaufen selten als einfache, sondern verbinden sich entweder mit Stupor — in der Mehrzahl der Fälle — oder mit grosser motorischer Erregung. Die ersteren zeichnen sich durch eine hochgradige Schwächung des Perceptions- und Vorstellungsvermögens aus, die Kranken tragen ein traumhaftes, unbesinnliches Wesen zur Schau, sind derartig regungslos und apathisch, dass sie einen scheinbar blödsinnigen Eindruck machen. Dabei treten häufig Reizungen in der Geschlechtssphäre ein, welche ein anhaltendes Masturbieren zur Folge haben. Die mit motorischen Erregungen verknüpften Melancholieen zeichnen sich durch die Neigung zu impulsiven Akten (Mord, Selbstmord) aus.

Fürstner hat eine besondere puerperale Krankheitsform aufgestellt und sie „halluzinatorisches Irresein der Wöchnerinnen" genannt, er stellt dieselbe folgendermassen dar (Archiv für Psychiatrie 1875 p. 534): „Rekapituliere ich noch einmal den Verlauf dieser Erkrankungsform, so beginnt sie also nach unbedeutenden, vagen Prodromen mit einem akut einsetzenden, vorübergehend remittirenden Stadium halluzinatorischen Irreseins, das eine progressiv sich steigernde Verworrenheit und heftige motorische Erregung producirt, geht dann über in die zweite Periode, die charakterisirt ist durch ein stupides, stummes, auf pathologischen Sensationen beruhendes Verhalten, durch Fortbestehen von Sinnestäuschungen, die einerseits die Kranke in gewissem Grade verworren lassen, sie zu gewaltsamen Handlungen fortreissen, andererseits nicht so dominirend sind, dass sie die Perception für äussere Vorgänge unmöglich machen. Den Schluss macht die Reconvalescenzperiode, in

der entsprechend einem schnelleren oder langsameren Cessiren und Schwinden der Sinnestäuschungen vollständige Lucidität, normales psychisches Verhalten zurückkehrt."

Er unterscheidet demnach 3 Stadien: 1) ein nach einem Prodromalstadium einsetzendes akutes, halluzinatorisches Irresein mit motorischer Erregung; 2) ein Stadium der Stupidität, Stummheit, welche auf pathologischen Sensationen beruht, wobei aber Halluzinationen noch fortbestehen; 3) ein Stadium der Reconvalescenz, in dem allmählig die Sinnestäuschungen bis zur Lucidität schwinden. Es brauche jedoch die Krankheit nicht immer diese 3 Stadien durchzumachen, sie könne schon mit dem ersten abschliessen, letztere Fälle bezeichnet er als Abortivformen. Er begreift in die Gruppe des halluzinatorischen Irreseins der Wöchnerinnen die Formen von Manie mit folgender Melancholie oder Fälle von Melancholie mit folgendem Stupor mit gleichzeitigem Vorhandensein von Halluzinationen, auch einfache Fälle von Tobsucht mit Halluzinationen, letztere unter dem Namen: Abortivformen. Er vermisst in seinen Fällen die eigentliche Gedankenflucht, den Bewegungs- und Thatendrang, die pathologische Steigerung der Affekte und Stimmungen, wie sie das Wesen der Manie ausmachen, wendet auch ein, dass die Manie in der Regel ein ziemlich langes Inkubationsstadium hat und nicht von Halluzinationen eingeleitet wird, die bei ihr überhaupt eine untergeordnete Rolle spielen. Auch die Bezeichnung Melancholie findet er für diese Formen nicht passend, da den Kranken der dauernde seelische Schmerz fehlt. Er vergleicht das Krankheitsbild seiner Fälle mit denjenigen Zuständen von Verworrenheit und Tobsucht, wie sie bei Epileptikern anstatt oder nach den Anfällen beobachtet werden.

Schüle und Ripping halten die Aufstellung dieses spezifischen halluzinatorischen Irreseins der Wöchnerinnen für nicht gerechtfertigt, indem sie den Halluzinationen keinen derartigen Wert beilegen, der einzelnen Form einen besonderen Charakter zu geben.

Die Fälle von Melancholie mit folgendem Wahnsinn oder Manie mit folgendem Wahnsinn zeigen nichts besonderes.

Wenn ich hieran die in der hiesigen Privatanstalt des Dr. Kahlbaum gemachten Erfahrungen anschliessen darf, so

lassen sich die hiesigen Beobachtungen dahin zusammenfassen, dass eine grössere Zahl von Wochenbettspsychosen vollständig typisch das Bild der Katatonie darbieten und zwar teils das der Katatonia gravis, teils das der Katatonia mitis. Bei ersterem schliessen sich an ein mehr oder weniger deutliches und nicht besonders langes Vorstadium der Melancholie maniakalische Zustände an, die von motorischen Reizzuständen oft sehr erheblicher Art begleitet sind, auch zuweilen schon im Vorstadium auftreten. Meist dauert dieses maniakalische Stadium auch nicht sehr lange und geht dann in ein drittes Stadium des Stupors über, das ganz besonders lange dauert und deshalb vorzugsweise in die Augen fällt. Halluzinationen können von Anfang an auftreten und den ganzen Krankheitsverlauf begleiten und auf dem Uebergange von der Manie zum Stupor noch ein Stadium halluzinatorischer Verwirrtheit zur Ausbildung gelangen lassen. Im Stadium des Stupors kann durch allmähliges Nachlassen der Apathie die Genesung eintreten oder aber er geht in völlige oder unheilbare Demenz über.

Ausser diesen Fällen völlig entwickelter schwerer Katatonie kommen auch solche von weniger vollständig entwickelter Katatonie vor, indem die Reizerscheinungen fast ganz fehlen und es ergiebt sich dann das Krankheitsbild der Katatonia mitis.

Ausser diesen Entwickelungsformen der Wochenbetts-Psychosen, welche sich als Katatonieen in ganz prägnanter Form auffassen lassen, kommen dann aber noch Fälle vor, welche sich durch einen mehr unregelmässigen Verlauf mit untypischem Wechsel der Formen und mit Unterbrechung durch Luciditäten auszeichnen. Diese würden nach Kahlbaum die besondere Form der eigenartigen Wochenbettspsychose darstellen und in die Gruppe der pathogenetisch-sekundären Seelenstörungen (Dysphrenia) Kahlbaum's zu stellen sein.

Wenn wir die vorher von den verschiedenen Autoren angeführten Ansichten untereinander vergleichen, so lässt sich auf Grund dieser nach Kahlbaum gegebenen Aufstellungen leicht der Ausgleich finden. Wir sehen wie Fürstner deutlich entwickelte Fälle von puerperaler Katatonia vor sich gehabt hat, sowohl von der schweren, wie von der leichten Form (Abortivform) und andererseits sind es die unter die Dysphre-

nieen zu rubricirenden Fälle, die solche Abweichungen von jenen Fällen zeigen, dass andere Autoren Fürstner nicht beistimmen konnten.

Auch nach Abortus gewöhnlich im zweiten oder dritten Monat sind Geistesstörungen beobachtet worden. Sie treten meist unmittelbar nach dem Abort auf und zeigen die Form der Wochenbettspsychosen, eigentümlich sind ihnen massenhafte Halluzinationen, namentlich des Gesichts und convulsivische und tetanische Krämpfe meist bei erhaltenem Bewusstsein, die sich selbst noch ein paar Monate nach Ausbruch der Krankheit zeigen. Während sie in der Prognose den Erkrankungen des Wochenbetts am nächsten stehen, ist ihre Dauer durchschnittlich eine kürzere, sie beträgt nach Ripping 5 Monate.

Die Psychosen der Säugungsperiode treten gewöhnlich in der zweiten Hälfte des zweiten oder im dritten Monat auf und zwar hauptsächlich bei Mehrgebärenden, welche regelmässig stillen. Sie entwickeln sich im Gegensatz zu den Wochenbettsformen langsam und allmälig, beginnen mit Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, pressenden Gefühlen im Kopf, Präkordialangst, Symptome, die auf eine Ernährungsstörung des Gehirns hinweisen. Die klinischen Formen sind nach Ripping überwiegend Melancholie, weniger Manie, in einer grossen Anzahl von Fällen geht die Melancholie über in Verrücktheit, die sich als Verfolgungswahn mit Grössenideen charakterisirt. Je näher die Zeit des Ausbruchs der Schwangerschaft liegt, desto mehr überwiegt die Melancholie. Ripping fand unter 47 Erkrankten 32 an Melancholie, 14 an Manie und 1 an primärem Wahnsinn erkrankt. Anders gestaltet sich das Zahlenverhältnis von Manie zur Melancholie nach Krafft-Ebing und Schmidt, ersterer fand unter 29 Fällen 19 mal Manie, 6 mal Melancholie, 3 mal Wahnsinn, 1 mal Delirium acutum; letzterer unter 88 Fällen 37 Manie, 35 Melancholie, Verrücktheit 7, Blödsinn 6, Dementia paralytica 3.

II. Ätiologie.

Was die Frage anbetrifft, in welcher Weise die puerperalen Vorgänge die Ursachen abgeben für die psychischen Erkrankungen, so haben wir davon keine sichere Kenntnis, es stehen sich hier die verschiedensten Hypothesen gegenüber. Auf der einen Seite werden psychische Momente, erbliche Belastung, psychopathische Disposition als Hauptmomente angesehen, auf der anderen Seite werden wieder somatische Ursachen besonders betont.

Die Erblichkeit übt als ätiologisches Moment jedenfalls keinen besonderen Einfluss aus. Von 283 Patentinnen Schmidts waren nur 102 oder 35,8 % erblich belastet, Ripping fand erbliche Anlage in 44,2 %. Vergleicht man die statistischen Angaben über das Erblichkeitsverhältnis, so ergiebt sich im Durchschnitt fast derselbe Prozentsatz wie bei den psychischen Erkrankungen des weiblichen Geschlechts überhaupt; es beweist dies, dass gerade die puerperalen Zustände selbst den Grund abgeben für die Entstehung dieser Psychosen. Nur scheint die Erblichkeit mehr zu Psychosen der Schwangerschaft zu disponiren.

Marcé, Ripping, Schmidt legen ein grosses Gewicht auf Circulations- und Ernährungsstörungen für das Zustandekommen der puerperalen Erkrankung. Ripping findet bei der Schwangerschaft als kausales Hauptmoment die durch den Placentarkreislauf und das Wachsen des Uterus bedingten Circulationsveränderungen, die, wenn auch die Blutmenge eine Vermehrung erfährt, im Gehirn anämische Zustände herbeizuführen vermögen.

Als ein zweiter nicht unwesentlicher Faktor kommt hinzu die Veränderung der Blutbeschaffenheit der Schwangeren, deren Blut, wie Nasse nachgewiesen hat, weniger Blutkörperchen und Salze, dagegen mehr Fibrin enthält. Ripping bemerkt hierzu: „Der Natur der Sache müssen diese Veränderungen auch functionelle Störungen zur Folge haben. Diese functionellen Störungen sind eben jene bekannten Gemütsstörungen in Form von leichten Depressionen, Verstimmtheiten, Angstgefühlen, Reizbarkeiten u. s. w. So lange die Schwangerschaft auf normalem Boden

verläuft, bei einem kräftigen und sonst gesunden Individuum, so lange treten auch jene functionellen Störungen nur in mässigem Grade auf und bleiben innerhalb der Grenzen des Physiologischen, sobald aber die Schwangerschaft auf geschwächtem oder krankhaftem Boden verläuft oder sonstige Störungen im Verlaufe der Schwangerschaft hinzutreten, so werden auch jene functionellen Störungen intensivere, sie verlassen die Grenze des Physiologischen und es entstehen wirkliche Geistesstörungen.

Eine weit grössere und plötzlich erfolgende Veränderung in den Circulationsverhältnissen wird durch die Entbindung herbeigeführt, die Ausschaltung des Placentarkreislaufes, die bedeutende Verkleinerung der Bauchhöhle bewirkt ausserordentliche Druckschwankungen, die schon unmittelbar Ohnmachten oder Delirien herbeiführen können. Bestehen diese Circulationsstörungen längere Zeit, ohne ausgeglichen zu werden, wie es bei entkräfteten und in der Ernährung herabgekommenen Individuen infolge verminderten Gefässtonus der Fall ist, so muss natürlich das Gehirn in seiner Ernährung und damit auch in seiner Function leiden, es entwickelt sich Geistesstörung.

Der Gewichtsverlust, den das Weib bei der Geburt erfährt und der sich aus dem Kinde, der Placenta, dem Fruchtwasser, Blut, Excrementen, Lungen- und Hautausdünstung zusammensetzt und in den Tagen nach der Entbindung noch weiterhin durch die vermehrte Harnsekretion, die Schweisse und die Lochien vergrössert wird, bewirkt eine für das Zustandekommen geistiger Erkrankung höchst wesentliche Ursache, die um so stärker wirken wird, je länger ein Ersatz des Gewichtsverlustes ausbleibt. Das wird natürlich auch hier wieder bei von vornherein schwächlichen oder in der Ernährung herabgekommenen Individuen der Fall sein. Fürstner führt Abnormitäten des Circulationsapparates und des Blutes als ein für Puerperalpsychosen äusserst wichtiges ätiologisches Moment an, chlorotische Zustände, die auch noch Jahre lang nach der Pubertät einen ungünstigen Einfluss ausüben. Mit den Bildungsfehlern des Circulationsapparates häufig verbunden ist ungenügende oder excessive Entwicklung der Geschlechts-

organe, anormales Functioniren derselben und solche Frauen scheinen ganz besonders zu psychischen Erkrankungen zu inkliniren.

Ferner giebt es zahlreiche Fälle, in denen die Wochenbettspsychosen auf infectiösen Erkrankungen der Wöchnerinnen beruhen, ein Zusammenhang, der von früheren Autoren meist nur berührt wurde, dessen wesentliche Bedeutung aber erst neuere Untersucher dargethan haben. Holm fand bei dem vierten Teil der psychisch erkrankten Wöchnerinnen entzündliche Prozesse: Campbell-Clark veröffentlichte 40 Fälle, von denen 10 Entzündungen des Uterus und 8 Septicämie darboten.

Th. Hansen constatirte, dass sich bei der weit überwiegenden Mehrzahl geisteskranker Wöchnerinnen puerperale Infection vorfand, unter 49 Fällen, von denen er 21 selbst beobachtete, giebt er bei 42 eine stattgehabte Infection an. Er stellt die puerperale Infection nicht als einen beitragenden Factor, sondern als direktes, ursächliches Moment für das Entstehen der Puerperalpsychosen hin und begründet dies mit dem charakteristischen Verlaufe der letzteren.

Von den 42 seiner Fälle, bei denen sich eine Infection nachweisen liess, verliefen 40 als akute halluzinatorische Verworrenheit. Die Erkrankung wird durch Prodrome von Stunden oder Tagen eingeleitet. Die Wöchnerin zeigt sich in Wesen und Stimmung verändert, sonderbar still, in ihrem Benehmen giebt sich Angst und Beklommenheit zu erkennen, als deren Grund unzweifelhaft Halluzinationen anzusehen sind. Das Initialstadium wird charakterisirt durch Verworrenheit und Desorientirung; häufige und gewöhnlich schreckhafte Gesichts- und Gehörshalluzinationen bedingen eine starke motorische Unruhe. Im Anfange der Krankheit treten zeitweise Intermissionen ein, unter denen die Patientin ruhig und klar wird. Das zweite Stadium zeigt Stupidität und Depression, in ersterem Fall bietet die Kranke eine Aufhebung der geistigen Fähigkeiten dar, sie zeigt für die Aussenwelt kein Interesse und einen unbeweglichen stimmungslosen Ausdruck; in den Fällen von Stupidität mit Depression zeigen die Kranken psychisches Schmerzgefühl, das jedoch nicht anhaltend und intensiv zu sein pflegt. An das zweite Stadium schliesst sich die Recon-

valescenz, manche Fälle finden schon im ersten Stadium ihren Abschluss: sie abortiren. Hansen unterscheidet Fieber- oder Akmepsychosen und postfebrile Psychosen; in den meisten seiner beobachteten Fieberpsychosen kamen während einiger Tage oder länger anhaltende Temperatursteigerungen vor, bevor sich die psychischen Symptome einfanden, in einer Anzahl von Fällen scheinen sie gleichzeitig oder beinahe gleichzeitig angefangen zu haben, bei den letzteren war das Wochenbettfieber sehr erheblich und die Sterblichkeit verhältnissmässig gross; ein Umstand, den Kirn bei anderen akuten Krankheiten fand, nämlich dass das Erscheinen der Psychosen schon im Initialstadium auf eine ungemein starke Infection deutet. In wenigen Fällen entwickelte sich die Geistesstörung im Incubationsstadium der Infection oder im postfebrilen Stadium. Hansen nimmt für alle diese Fälle, mögen sie nun mit Fieber verknüpft sein oder nicht, als gemeinschaftliche Ursache die Infection an. Er fasst das Verhältniss zwischen Psychose und Infection in folgenden Worten zusammen: „Puerperale Infection kann ebenso wie andere akute Infectionskrankheiten bei gewissen („Disponirten“) Individuen ein Symptomencomplex hervorrufen, welches vorläufig am besten mit akuter halluzinatorischer Verworrenheit bezeichnet werden kann. Bei den meisten inficirten Individuen erscheint es im Akmestadium, bei einer Minderzahl während der Incubation oder im postfebrilen Stadium. Wenn es sich in den beiden letzterwähnten Stadien zeigt, wird es immer mit einer gewissen Selbstständigkeit auftreten, mehr oder weniger unabhängig von somatischen Leiden, und man hat deshalb unter diesen Umständen die Berechtigung, dieses Delirium als eine wirkliche Psychose zu betrachten, nicht in Abrede gestellt; wenn es im Akmestadium auftritt, wird es sich in der Regel vergemeinschaftet finden mit so bedeutenden somatischen Symptomen, dass diese in den Vordergrund treten, und das Delirium wird dann im allgemeinen als ein mehr oder weniger unwesentliches Symptom aufgefasst. Dies kann in praktischer Beziehung oft berechtigt sein, aber es beruht auf einer fehlerhaften Hypothese, wenn man theoretisch hat behaupten wollen, dass diese Fieberdelirien eine ganz andere Ursache hätten als das Delirium in den anderen Stadien.

Recht häufig erreicht doch die halluzinatorische Verworrenheit im Fieberstadium eine solche Höhe oder Dauer, dass sie das Bild gänzlich dominirt, und man wird denn auch hier genötigt, die psychische Störung als eine wirkliche Psychose (Acmepsychose) zu betrachten, wenn sie auch eben nicht über dieselbe Zustandsform hinausreicht. Das bei Wöchnerinnen verhältnismässig häufig auftretende Delirium acutum bezeichnet er wegen seiner Aehnlichkeit mit dem ersten Stadium der Infectionspsychosen als die heftigste Form des Infectionsdeliriums.

Endlich kommen auch im Anschluss an Eclampsie Psychosen zum Ausbruch, Olshausen sah unter 200 Fällen von Eclampsie 11 mal eine Psychose nachfolgen. Sie treten sehr früh auf, gewöhnlich am 2.—4. Tage des Wochenbettes und zeigen in der Mehrzahl der Fälle das Bild des halluzinatorischen Irreseins, verlaufen jedoch ungemein schnell — eine mehrmonatliche Dauer ist selten — und zeigen meist einen günstigen Ausgang. Sie sind als Intoxicationspsychosen anzusehen, beruhend auf urämischer Veränderung des Blutes, wie man auch sonst bei chronischen Nierenerkrankungen Psychosen beobachtet.

Das Irresein der Säugenden beruht in der Mehrzahl der Fälle ohne Zweifel auf anämischer Basis. Mangelhaft entwickelte Personen, welche den im Anschluss an die Entbindung erlittenen Gewichtsverlust nicht zu ersetzen im Stande sind und weiterhin durch das Säugen einen permanenten Säfteverlust erfahren und solche, welche durch kurz aufeinander folgende Geburten und wiederholtes zu lange fortgesetztes Säugen geschwächt sind, stellen das Hauptcontingent der Erkrankten.

Was psychische Momente als wirksame Ursachen betrifft, so werden starke Gemütsbewegungen wie Furcht vor der Entbindung bei erstmalig Geschwängerten, Schamgefühl, Gram und Sorge um die Zukunft bei unehelich Geschwängerten, Sorge um das Neugeborene oder Kummer über dessen Tod als nicht unwichtige Factoren für die Entstehung von Psychosen angeführt. Ideler sieht sogar Gemütsbewegungen als Hauptursache an und erachtet die somatischen Veränderungen im Vergleich zu diesen nur für geringfügig.

Die Frage, ob ein bestimmtes Alter eine grössere Disposition zur Erkrankung an Puerperalpsychosen giebt, lässt sich schwer entscheiden, denn wenngleich statistisch die meisten Erkrankten sich im Alter von 30—35 Jahren befinden, so beweist dies doch nicht, dass gerade dieses Alter die grösste Disposition gäbe, gerade in diesen Jahren finden sich die meisten Mehrgebärenden, die in viel höherem Masse zur Krankheit hinneigen als die Erstgebärenden.

III. Prognose und Dauer.

Hinsichtlich der Heilbarkeit der Puerperalpsychosen stimmen die meisten Autoren darin überein, dass dieselben im Durchschnitt eine günstigere Prognose haben als die anderen Geisteskrankheiten; die Statistiken ergeben, dass der Procentsatz der Geheilten etwas höher ist wie der der Frauen im allgemeinen. Wir finden aber einen wesentlichen Unterschied bezüglich der Heilbarkeit bei den verschiedenen Formen, Ripping fand nach Manie 62%, nach Melancholie 33,6% Genesungen, Schmidt nach Manie 54,4% und nach Melancholie 30,3% Genesungen. Die Manie zeigt also ein fast doppelt so günstiges Verhältnis wie die Melancholie.

Was die Heilbarkeit in den einzelnen Perioden anbelangt, so giebt die Schwangerschaft von allen Puerperiumsphasen die ungünstigste Prognose, ausgenommen davon sind die Erkrankungen, die ganz in den Anfang der Schwangerschaft fallen. Nach Ripping genasen von den Schwangerschaftspsychosen 34,4%, nach Schmidt 35,3%.

Die Geistesstörungen des Wochenbetts zeigen sich bezüglich ihrer Heilbarkeit am günstigsten, Ripping fand Genesung in 46,3%, Schmidt in 39,3%.

Die Psychosen der Säugungsperiode stehen hinsichtlich der Prognose in der Mitte zwischen denen der Schwangerschaft und denen des Wochenbetts. Die Dauer der Puerperalpsychosen in den mit Heilung endenden Fällen beträgt im Durchschnitt 9 Monate, doch besteht auch hier wieder insofern eine Verschiedenheit zwischen den einzelnen Krankheitsformen,

als für die Manie allgemein eine kürzere Krankheitsdauer angenommen wird wie für die Melancholie. Die kürzeste Dauer zeigen die Wochenbetts-Erkrankungen, im Durchschnitt um einen Monat kürzer, wie die der Schwangerschaft, es findet dies nach Ripping darin seine Erklärung, dass im Wochenbett die an und für sich kürzer dauernde Manie häufiger auftritt als in der Schwangerschaft. Am längsten ist der Eintritt der Genesung hinausgeschoben bei den Lactationspsychosen, bei denen auch die Manieen eine viel längere Dauer zeigen.

IV. Behandlung.

Haben wir aus dem Vorhergehenden gesehen, dass Schwächung des Körpers und Abnahme der Ernährung als wesentliche kausale Momente anzusehen sind für das Zustandekommen der Puerperalpsychosen, so wird es Aufgabe der Prophylaxe sein, alles zu vermeiden, was derartige Zustände herbeiführen könnte und dafür zu sorgen, dass die Verluste und Abgaben, die der Körper der Frau im Anschluss an die Geburt erlitt, möglichst bald wieder ausgeglichen werden. Man wird deshalb bei Schwangeren auf eine gute Ernährung in leicht verdaulicher Form und peinliche Körperpflege zu achten haben, daneben auch psychisch auf dieselben einwirken, indem man etwaige Befürchtungen vor den Gefahren der Geburt zerstreut.

Bei Wöchnerinnen ist es wichtig, alles zu vermeiden, was einen starken Säfteverlust herbeizuführen im Stande ist, wie z. B. Blutungen, Diarrhöen, profuse Schweisse, zu starke Milchabsonderung. Bettruhe ist durchaus erforderlich, keine Wöchnerin sollte dasselbe vor dem neunten oder zehnten Tage verlassen, da bis dahin der Uterus noch nicht eine derartige Rückbildung erfahren hat, dass Blutungen und Lageveränderungen ausgeschlossen erschienen. Es muss auch dafür Sorge getragen werden, dass alle Gemütsbewegungen vermieden werden. Schwächliche Frauen, besonders solche, die zu nervösen oder psychischen Erkrankungen disponirt sind, dürfen nicht

selbst stillen, auch ist ein zu lange fortgesetztes Säugen unbedingt zu vermeiden.

In der Behandlung der Geistesstörungen selbst, die auf Grund einer durch schwächende Momente herbeigeführten gesunkenen Ernährung und Anämie entstanden sind, steht im Vordergrund die Sorge für eine passende Ernährung durch kräftige und leicht verdauliche Speisen. In vielen Fällen werden jedoch Verdauungsstörungen und Magenkatarrhe eine grössere Nahrungszufuhr verbieten, man wird daher in erster Linie sich gegen diese Zustände wenden und sie durch Medicamente beseitigen. Alsdann sind tonisch wirkende Mittel, Chinawein, Tinct. chinae comp., Tinct. amara und Eisenpräparate am Platze. Besonders erschwerend für die Behandlung und schädlich in ihren Folgen ist die Nahrungsverweigerung, die sehr bald zu heftigen Magenkatarrhen führt und durch das daraus entstehende Ekelgefühl und den Verlust des Hungergefühls den Kranken immer widerstrebender gegen jeden Versuch einer Nahrungsbeibringung macht. Hier ist die zwangsmässige Fütterung unumgänglich notwendig und es empfiehlt sich, mit derselben nicht zu lange zu warten, sondern sie schon nach 3—4 tägiger absoluter Enthaltsamkeit vorzunehmen. Eine langsame Einführung der Speisen ist im Anfang dringend geboten, da die plötzliche Ausdehnung des Magens sehr leicht Erbrechen zur Folge hat; Würg- und Brechbewegungen von Seiten der Kranken, wie sie durch den Reiz der Sonde veranlasst werden, werden nach kürzerer Zeit infolge eingetretener Gewöhnung aufhören. In ganz verzweifelten Fällen, wo die Kranke alle eingebrachte Flüssigkeit wieder ausbricht, ist als ultimum refugium die Ernährung durch Clysmata zu versuchen.

Gegen hochgradige Unruhe und Angst wird man die Narcotica und zwar in erster Linie die gebräuchlichsten Opium und Morphium in Anwendung bringen. Ripping warnt übrigens vor der frühzeitigen und fortgesetzten Anwendung dieser Beruhigungsmittel und hält sie nur für einzelne Fälle, speziell für die Fälle von Melancholie, bei welchen eine beständige hochgradige Jactation einhergeht mit rascher und rapider Abmagerung, gerechtfertigt.

Eine sichtlich beruhigende Wirkung haben prolongirte lauwarme Bäder und verdienen sie als schlafmachend besonders des Abends in Anwendung gebracht zu werden; ihre Wirkungsweise besteht darin, dass sie das Blut aus den Innenorganen, speziell dem Gehirn nach den erweiterten Hautkapillaren ableiten, durch gleichmässige Erregung der Hautnerven wirken sie auch noch direct beruhigend.

Als Gegenindication gegen lauwarme Bäder führt Krafft-Ebing grosse Herzschwäche, welche nicht durch gleichzeitige Reizmittel behebbar ist, und ebenso eine tiefgesunkene Ernährung an. Von Mitteln gegen die Schlaflosigkeit ist das wirksamste Chloralhydrat, in dessen Anwendung man jedoch grosse Vorsicht beobachten muss, da längere Zeit fortgesetzter Gebrauch dieses Mittels zu Vergiftungserscheinungen führen kann, ganz zu vermeiden, weil recht gefährlich, ist es bei Herz- und Gefässerkrankungen. Sehr empfehlenswert wegen seiner Ungefährlichkeit, prompten Wirkung und wegen des Mangels unangenehmer Nachwirkungen ist das Paraldehyd; störend ist freilich sein widerlicher Geruch und Geschmack, der wegen der Ausscheidung durch die Lungen noch lange den Kranken anhaftet. Ebenfalls recht sicher, doch bei längerem Gebrauche nicht ungefährlich, wirken Sulfonal und Trional. In Fällen von Melancholie mit Stupor, bei denen eine bedeutende Verlangsamung der Blutcirculation gefunden wird, sind mehrstündige nasse Einwicklungen des ganzen Körpers angezeigt, die eine normale Blutverteilung bewirken.

Nachstehend führe ich zwei Fälle von Wochenbettspsychosen an, die ich während des grössten Teiles ihrer Dauer zu beobachten Gelegenheit hatte:

I. Fall.

Frau A. P., 27 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, in ihrer Familie sind Geisteskrankheiten nicht vorgekommen. Von kleiner Figur und gracilem Knochenbau besass sie jedoch eine gute Muskulatur und war immer in einem vorzüglichen Ernährungszustand, sie war sehr abgehärtet, eine ausgezeichnete Schwimmerin, hat nie hysterische Züge dargeboten. Die Menses traten schon mit dem 10. Jahre ein und waren immer reichlich.

Patientin heiratete mit 22 Jahren. 1892 am 17. März erste Niederkunft, nachdem eine 3wöchentliche Intermittens vorangegangen war; das schon abgestorbene Kind musste perforirt werden, da der Kopf zu gross und das Becken um $1^1/_2$ cm in der Conjugata abgeflacht war. Bald darauf machte sie eine Arthritis rheumatica mit Gelenkauftreibungen durch, die nach Mutterlaugebädern wieder zurückgingen. 1895 zum zweiten Male schwanger, während dieser Zeit hat sie, um ein kleines Kind zu haben, auf Anraten ihres Arztes wenig gegessen und ganz ungenügend geschlafen, viele Nächte hindurch gelesen, um sich wach zu erhalten.

Am 27. Juli Entbindung, etwa 17 Tage zu früh, das Kind (Mädchen) wog nur $2^1/_2$ Pfund und sah greisenhaft aus.

Am 15. August starke Präcordialangst, Puls 120—140, intermittirend, Temperatur normal, Gehörshalluzinationen, Verwirrtheit. Patientin ist in grosser Angst um das Kind, ob es noch lebe, weil es so schwach und greisenhaft aussehe, hört viel Stimmen. Am 21. August völliger Stupor, Patientin erkennt die Personen ihrer Umgebung, auch ihre Mutter nicht, muss gefüttert werden, ist absolut schlaflos. Die Temperatur hält sich auf 35,6, 35,7. Nach 14 Tagen Lösung des Stupors, darauf eine Zeit lang Grübeln über Warum und Wie, Patientin fragt wie ein kleines Kind wohl 100 mal nach derselben Sache: „Warum ist das so, wie kommt das?“ Spricht ganze Sätze, wie sie sie gehört hat, nach. Es zeigen sich hysterische Züge, caput obstipum, minutenlange Ohnmachten, Lähmungen im Facialis links und linksseitige Ptosis, alle diese Symptome treten ein, wenn sie sich beobachtet glaubt.

In diesem Stadium wird Patientin nach einer Anstalt in Gr. gebracht. Es besteht starke Hyperästhesie des Gehörs, defluvium capillorum, Schwitzen an den Handflächen, Nase und Stirne, auf letzterer Erythem. Zeitweise einige Stunden hindurch Luciditäten, auffallend ist dann ihr Erinnerungsvermögen für alles. Stimmung gewöhnlich trübe, Gefühl für ihr Kind und ihre Angehörigen ganz unterdrückt, sie nennt Mann und Mutter „Sie“. Es bestehen Halluzinationen: „Die Leute sprechen fortwährend von Leichen“, „wer hat sich denn erschossen?“. Patientin hat Krankheitsbewusstsein, fühlt die

starke Behinderung des Denkvermögens, deutet mit dem Finger auf die Stirn: „Hier bin ich krank, ich kann nicht denken“, die Gedanken vermischen sich, ich spreche Unsinn“. Die hysterischen Symptome gehen nach elektrischen Bädern zurück. Am 29. September Wiedereintritt der Periode, die 5 Tage dauert und die beiden ersten Tage sehr stark ist, damit Verschlechterung des Zustandes, in den Morgenstunden Stupor, lallende Sprache, dicke Zunge. Am 9. October wird Patientin nach der Nervenheilanstalt zu G. gebracht. Sie zeigt sich in Reden und Denken wie ein kleines Kind, fragt ununterbrochen wie ein solches: „Warum ist das, wie ist das?“ „Werde ich ein Bett kriegen?“ „Darf ich mich dann auch hineinlegen?“ „Ist das eine Lampe, wird die angesteckt?“ Sie lacht viel und ganz ohne Grund, ist öfters unruhig und ängstlich, namentlich dass jemand in ihr Zimmer gehen und dort etwas von ihren Sachen nehmen könnte. Klagt über Gedankenjagen, sie wisse manchmal nicht, was sie rede, ob sie nicht Verwirrtes ausspreche.

Körpergewicht 98 $^1/_2$ Pfund. Nahrungsaufnahme und Schlaf sind gut.

Am 16., als Maurer nach der Abteilung kommen, wird sie ängstlich, fragt, ob sie eingemauert werden solle. Am 20., als ihre Sachen kommen, wieder etwas erregt, fragt, ob ihre Angehörigen noch leben, ob sie alles zuhause so wiederfinden würde, wie sie es verlassen hätte, namentlich ihr Kind, ob sie das nicht umgebracht hätte. Wenn die Mitpatientinnen nach ausserhalb spazieren gehen, hegt sie die Befürchtung, die könnten nicht mehr wiederkommen und sie müsse allein dableiben.

Im November bessert sich ihr „Gedankenjagen“, sie vermag auch wieder mit Verständnis zu lesen, was ihr vordem ganz unmöglich war; nur zeitweise weiche Stimmung, Neigung zum Weinen. Bei brillantem Appetit und gutem Schlaf erholt sie sich immer mehr, so dass sie Ende Januar wieder imstande ist, über alles klar nachzudenken, sie wird witzig, schlagfertig, bekommt ihre alte Energie wieder. Am 4. März verlässt sie völlig geheilt die Anstalt, ihr Körpergewicht ist auf 109 Pfund gestiegen.

II. Fall.

Frau E. G., 28 Jahre alt, von Kindheit auf leicht erregt, reizbar, etwas scheu, stammt von einem Vater, der zweimal an Melancholie erkrankt gewesen ist. Im Beginn der Pubertät litt sie an Veitstanz, der etwa 6 Wochen anhielt. 1888 heiratete sie; im ersten Jahr der Ehe Frühgeburt im 6. Monat, nach 2 Jahren ein Abort im 2. Monat. Patientin zeichnete sich in der Ehe immer durch nervös-hysterische Züge aus, ist häufig über kleine häusliche Scenen in grosser Erregung gewesen, oft sagte sie dann: „Ich gehe ins Wasser oder ich schneide mir den Hals durch.“

Im November 1894 wieder schwanger, sie blieb 2 Monate im Bett, um einer Störung des Schwangerschaftsverlaufes vorzubeugen. Bei Gelegenheit einer ärztlichen Untersuchung entstand bei ihr die Idee, sie sei durch den Arzt angesteckt, weil dieser sich nicht in ihrer Gegenwart gewaschen hatte; sie liess die Hebamme kommen, die ihr Ausspülungen machen musste.

Am 17. Juli 1895 Entbindung, Temperatur im Wochenbett immer normal, Milchsecretion nicht eingetreten. Vom 3. Tage an heftige Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, Ueberempfindlichkeit gegen Licht, Patientin lässt grüne Vorhänge an den Fenstern anbringen, nimmt sogar noch einen Sonnenschirm aufgespannt ins Bett. Zwei Tage nach der Beschneidung des Kindes äusserte sie, sie sowohl wie das Kind seien von der Wochenpflegerin getauft worden, sie bringt die weisse Schürze der Hebamme, die Betttücher, sowie den Spray-Apparat (zur Luftverbesserung) mit dem Taufvorgange in Verbindung. Es treten zahlreiche Gehörs- und Gesichtshallucinationen auf, die eine von Tag zu Tag steigende Verwirrtheit bedingen. Patientin sieht Gestalten, Leichen, Gräber, Feuer, hört, wie man sie mit Vorwürfen überschüttet, ruft wiederholt: „Ich habe das nicht begangen, ich büsse unschuldig.“ Grosse Unruhe, abwechselnd mit Apathie. Auf Fragen giebt sie keine Antwort oder sagt, sie könne oder dürfe nicht sprechen. Zeitweise weinerlich, sie müsse sterben, werde erschossen werden, müsse von allen Menschen verlassen die Schuld büssen.

Sehr schreckhaft, zuckt oft zusammen, sieht nach den Seiten und hinter sich.

Vom 19. August — 26. August Periode, dabei heftige Unruhe. Sie wird am 27. August nach der Nervenheilanstalt zu G. gebracht.

Patientin ist verwirrt, ängstlich, fährt häufig schreckhaft auf, klammert sich an allem an, hält die Hand fest, jammert, weint: „Warum quält Ihr mich so, habe ich mich versündigt?“ „Was ist denn los, wo bin ich denn?“ Auf Fragen nach ihren Angehörigen hat sie nur die eine Antwort: „Ich weiss es nicht.“

Herzthätigkeit unregelmässig, über der Herzspitze blasendes systolisches Geräusch. Körpergewicht 127 Pfund.

Der verwirrte und ängstliche Zustand hält den ganzen October hindurch an. Sie hört unausgesetzt Stimmen, Grabgeläute, dazu gesellen sich Parästhesieen in den Augen, sie geht öfter vor den Spiegel, sieht sich die Augen an, deckt ein Tuch darüber, wenn sie schlafen will. Zeitweise ist sie explosiv, so stürzt sie einmal in das Zimmer einer anderen Patientin und will dort den Spiegel einschlagen, schlägt öfters nach der Wärterin, springt einmal plötzlich ans dem Bette und wirft sich im Korridor lang hin, wirft sich auch öfter, wenn sie auf ist, mit einem plötzlichen Ruck hintenüber. Früh am ruhigsten, in den Nächten unruhig, steht oft aus dem Bette auf und geht im Zimmer herum.

Anfang November Steigerung der Unruhe, öfters lautes, ängstliches Schreien: „Heute ist meine Todesstunde, ist denn der Galgen schon errichtet?“ „Man giebt nur Gift und Feuer in meine Augen!“ „Ich habe einen Glaskopf.“

Nahrungsaufnahme schlecht, Schlaf unruhig.

Patientin verlangt, dass ihr der Hals aufgeschnitten werde, es seien Federn darin, schreit zeitweise in heller Verzweiflung: „Ich habe gestohlen, den Geldschrank erbrochen, habe Feuer angelegt, die Hintertreppe zuerst angezündet.“

Im Bette sehr unruhig, spürt überall am Körper, an den Kleidern, im Bette Läuse, reibt sich fortwährend mit den Fingern die Augen, behauptet, Federn und Kohlenstaub darin zu haben.

In der zweiten Hälfte des November etwas ruhiger, aber doch noch viel Sinnestäuschungen: Läuse und Flöhe werden ihr in die Augen gesetzt, sie werde von allen Seiten mit Pferdedünger beworfen, sie sehe, fühle und rieche es.

Anfang December meist traurig gestimmt, sie habe nirgends Ruhe, die Wände sprächen zu ihr, nachts streue man ihr Sand und Schwefel in die Augen, durch diese Misshandlungen sei sie so entstellt, dass sie nie mehr werde zu ihrem Mann zurückkehren können, trägt sich mit Selbstmordgedanken.

In der zweiten Hälfte des December mit dem Nachlassen der Hallucinationen wird Patientin freier, lebhafter und zuversichtlicher, sie fängt an sich zu beschäftigen, den Verkehr mit anderen aufzusuchen und wieder Interesse am Leben zu zeigen. Sie isst und schläft befriedigend, ihre Ernährung hebt sich. Die Wahnideen verblassen.

Im Februar zeigt Patientin Spuren von Krankheitseinsicht, die immer klarer wird.

Am 6. April wird sie genesen entlassen; das Körpergewicht ist auf 146 Pfund gestiegen.

Beurteilen wir den ersten Krankheitsfall nach den oben gegebenen Directiven, so sehen wir, wie bei ihm der Zustand der Manie ganz fehlt, wie sehr deutlich melancholische Symptome im Anfange und mehr oder weniger deutlich während des ganzen Verlaufs auftreten, wie Stupor in ganz besonderer Entwicklung zur Erscheinung kommt und wie sich ausserdem noch ein Zustand ganz besonders ausgestalteter Demenz, eine Art von Puerilität ausgebildet zeigt und auch zuweilen mehr oder weniger deutlich Lucidität zum Vorschein kommt. Wollen wir diese verschiedenen Zustandsformen unter ein bekanntes klinisches Schema bringen und allen diesen Zustandsformen gerecht werden, so bietet sich uns das Schema der Katatonia mitis dar, bei welchem die Zustandsform der dementoiden Verwirrtheit, welche in der Katatonia gravis auf den Uebergängen der Manie zum Stupor die Uebergangsform bildet, noch hinzutritt und gewissermaassen im rückläufigen Verlauf den Uebergang von Stupor zur vollen Lucidität, zur Genesung darstellt.

Der im Verlauf dieses Falles beobachtete Wechsel zeigt seine Zugehörigkeit zu den pathogenetisch-secundären Psychosen, ein Krankheitscharakter, den die meisten Fälle von Katatonia in puerperio darbieten, der aber noch nicht dazu nötigt, diese Fälle aus der Gruppe der Katatonieen auszusondern.

Im zweiten Falle, der auf prägnant hereditär belastetem Boden erwächst, ist der melancholische Charakter durch den ganzen Verlauf ausgeprägt und ganz besonders durch Beeinträchtigungs-Halluzinationen und Selbstanklagen zum Ausdruck gebracht, maniakalische Reizzustände sind nur durch einzelne explosive Akte vertreten. Stupor ist nur durch häufiges Nichtsprechen und durch die Idee, sie könne oder dürfe nicht sprechen (Mutacismus) angedeutet. Auch diesen Fall werden wir zur Not als eine Katatonia mitis ansprechen können, doch ist derselbe viel weniger ausgeprägt und die explosiven motorischen Bethätigungen lassen ihn noch mehr als durch das ätiologische Moment charakterisirt erscheinen. Er würde also mehr als eine Dysphrenia puerperalis (Kahlbaum) aufzufassen sein, und dafür spricht dann auch die übrigens grosse Fülle der Halluzinationen und der Wechsel derselben.

Vergleichen wir die beiden Fälle untereinander, so sehen wir, dass während der erste Fall ganz prägnant sich unter die typische Form der Katatonie rubriciren lässt, der andere davon wesentlich verschiedene Charaktere darbietet, die ihn zeitweise als halluzinatorische Verwirrtheit erscheinen lassen, ohne dass aber damit der ganze Krankheitsverlauf gedeckt wäre. Während der erste Fall eine typische Krankheitsform darstellt, die durch das ätiologische Moment etwas gefärbt ist, stellt der zweite Fall ein durch seinen Wechsel und die Manigfaltigkeit der Symptome und durch explosive Motilität charakterisirten Fall dar, wie er von Kahlbaum als Dysphrenie oder Polyphrenie abgesondert und bezeichnet wird und von den idiopathischen typischen Krankheitsformen als besondere pathogenetisch-secundäre Krankheitsart abgegrenzt wird.

Die grosse Verschiedenheit in der Auffassung der Puerperalpsychosen, die man bei den verschiedenen Autoren findet und die darin gipfelt, dass die Einen gar nichts Charakteristisches bei den Puerperalpsychosen finden, Andere

dagegen die Puerperalpsychosen als besondere Erscheinungsform hervorheben, findet nach Kahlbaum ihre Lösung darin, dass man bei allen Psychosen, welche nach körperlichen Krankheitszuständen auftreten, zwei Fälle durchaus unterscheiden muss:

1. Das ätiologische Moment ist nicht speciell charakterbedingend für die Krankheitsform, sondern nur den Krankheitsprozess occasionell auslösend und das ätiologische Moment bedingt nur eine Varietät irgend einer typischen Krankheitsform.

2. Das ätiologische Moment ist speciell eine besondere Krankheitsform bedingend, es handelt sich dann um eine von den typischen Krankheitsformen abweichende Mischform, die echte pathogenetisch-secundäre Seelenstörung, deren Charakter in der Combination aus fragmentären Symptomen aus der Reihe der typischen Krankheitsbilder besteht.

Litteratur.

von Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 1883.

Kraepelin, Psychiatrie. 1887.

Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten. 1878.

Ripping, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. 1877.

Th. Hansen, Ueber das Verhältniss der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection (Separatabdruck aus „Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie“ Band XV, Heft 1).

R. Ohlshausen, Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speciell den nach Eclampsie auftretenden. (Separatabdruck aus „Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie“ Band XXI, Heft 2).

K. Lübben, Zur Statistik der Puerperalpsychosen. Inaugural-Dissertation. 1872.

Fürstner, Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen, Archiv für Psychiatrie, Band V.

M. Schmidt, Beiträge zur Kenntnis der Puerperalpsychosen, Archiv für Psychiatrie, Band XI.

Zum Schlusse dieser Arbeit spreche ich Herrn Sanitätsrat Dr. Kahlbaum für die gütige Unterstützung bei derselben meinen ergebensten Dank aus.

Lebenslauf.

Georg Karl August **Peikert,** evangelischer Confession, Sohn des Kaufmanns W. Peikert und seiner Frau Marie, geb. Ohster, wurde am 5. Mai 1866 zu Neutomischel geboren. Ostern 1877 kam er nach dem Königl. Pädagogium zu Züllichau, das er Michaelis 1885 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er bezog zunächst die Universität Breslau, die er aber nach einem Semester wieder verliess, um in Halle seine Studien fortzusetzen. Am 7. März 1888 bestand er das tentamen physicum und in der Zeit vom 18. December 1891 bis zum 16. Juli 1892 die medicinische Staatsprüfung. Vom 1. October 1892 bis zum 11. November 1893 genügte er seiner militairischen Dienstpflicht bei den Grenadier-Regimentern König Wilhelm I. und Graf Kleist. Darnach assistirte er bis zum 1. April 1894 dem Königl. Kreisphysicus Dr. Brinkmann zu Neutomischel und von da ab war er Assistenzarzt an der Nervenheilanstalt des Königl. Sanitätsrats Dr. Kahlbaum zu Görlitz.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

In Breslau: Hasse, Roux.

In Halle: Ackermann, Bernstein, von Bramann, Bunge, Eberth, Gräfe, Grenacher, Harnack, von Herff, Hitzig, Kaltenbach, Knobloch, Kraus, Krause, Freiherr von Mehring, Oberst, Pott, Reng, Schmidt, Schwarz, Volhard, von Volkmann, Weber, Welcker.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.